

**ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**ХАРЛЕНOK В.И., ЗАНЬКО С.Н.**

**ОСНОВЫ КОНТРАЦЕПЦИИ**

**Учебное пособие для студентов медицинских  
университетов**

**ВГМУ, 2003**

888+615.477.

УДК 613.888-51:616.1.

ББК - 57.14-

Х-21

Библиотека ВГМУ



Рецензент: доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом  
ФПКС Витебского государственного медицинского университета,  
кандидат медицинских наук Арестова И.М.

Харленок В.И.

Х 21 Основы контрацепции. Учебное пособие для студентов  
медицинских университетов/В.И.Харленок, С.Н. Занько.- Витебск,  
ВГМУ, 2003. - 46 с.

294406

В учебном пособии дана характеристика современных и традиционных методов контрацепции. Описаны достоинства и недостатки, противопоказания, побочные эффекты и осложнения при использовании различных методов предупреждения нежелательной беременности.

Изложены правила применения гормональных контрацептивов, ВМС, традиционных методов планирования семьи.

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Каждая женщина должна знать, что предупреждение нежелательной беременности это предупреждение абортов, гинекологической заболеваемости, заболеваемости детей, осложнений беременности, родов, материнской и младенческой смертности.

Ежегодно в мире миллионы детей умирают из-за отсутствия или неправильного планирования семьи, так как они рождаются у слишком юных или пожилых матерей, в многодетных семьях, без соблюдения необходимого интервала между родами.

Планирование семьи, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), это предупреждение нежелательной беременности, выбор времени деторождения в зависимости от возраста и состояния здоровья родителей, рождение только желанных детей.

Международные принципы планирования семьи заключаются в следующем:

- предупреждение беременности у женщин до 19 лет
- предупреждение беременности у женщин после 35 лет
- соблюдение интервала между родами не менее 2 лет
- предупреждение беременности у женщин составляющих "группу высокого риска" в связи с наличием экстрагенитальной патологии.

Демографическая ситуация в странах СНГ характеризуется ухудшением состояния здоровья населения, увеличением общей смертности, снижением рождаемости, отрицательным приростом населения, в то же время отмечается чрезмерное распространение искусственных абортов, которые фактически являются основным методом регуляции рождаемости, нанося невосполнимые потери здоровью женщин и детей.

Непосредственно во время и сразу после аборта осложнения встречаются у 5-20% женщин в основном в виде кровотечения, повреждения тазовых органов, задержки частей плодного яйца, инфекции. Отдаленные осложнения могут проявиться нарушением менструальной функции, хроническими воспалительными процессами половых органов, приводящими к выраженным анатомическим изменениям, что в последующем является причиной бесплодия, невынашивания, внематочной беременности, осложнении беременности и родов.

В настоящее время каждые две из трех наступивших беременностей прерываются. В различных странах СНГ количество искусственных абортов на 100 младенцев, родившихся живыми,

колеблется от 150 до 200 и более. В целом их число в 10-12 раз больше, чем в США и развитых странах Европы.

Ежегодно к аборту, как методу планирования семьи, прибегают около 10-15% женщин, причем три четверти из них находятся в оптимальном для деторождения возрасте (20-34 года). Современные методы контрацепции не получили еще необходимого широкого применения, отмечается недооценка важности планирования семьи, недостаточная грамотность населения в вопросах контрацепции, необоснованная настороженность к применению ряда современных методов предохранения от беременности.

Применяя современные эффективные, надежные методы предохранения от беременности семья может контролировать количество детей, интервалы между рождением детей, возраст, в котором рождаются дети, качество половой жизни, поскольку уменьшается страх нежелательной беременности.

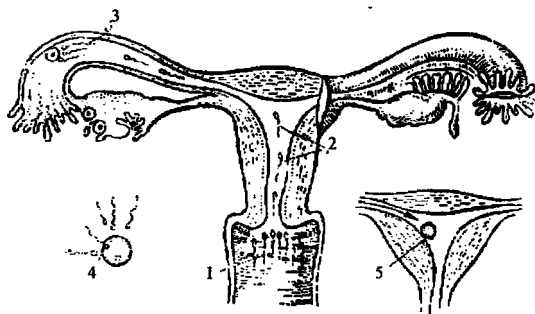
Авторы работы надеются, что информация о современных и традиционных методах контрацепции, показаниях и противопоказаниях к их применению, достоинствах и недостатках, способах применения и других аспектах использования будет познавательна для читателей и поможет выбрать подходящий, удобный, надежный метод предупреждения беременности.

## **2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ТЕЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

В течение менструального цикла в организме женщины происходят изменения, которые готовят ее к наступлению беременности. Эти процессы регулируются сложной гормональной системой, включающей в себя гипоталамус, гипофиз (центры, расположенные в головном мозгу) и яичники.

Менструальный цикл длится в среднем 28 дней (физиологические колебания от 21 до 35 дней), первый день менструации свидетельствует о начале цикла, а последний день накануне следующей говорит о его завершении.

К половым органам женщины относятся: наружные половые органы (большие и малые половые губы, клитор) и внутренние половые органы (вагина, матка, маточные трубы, яичники).



Влагалище (1) представляет собой канал длиной 8-10 см, выстланный слегка увлажненной слизистой оболочкой. Верхний отдел влагалища как бы охватывает шейку матки. Канал шейки матки называется цервикальным, он соединяет влагалище и полость матки, имеет внутренний и наружный зев, заполнен слизистой пробкой, характер которой изменяется в течение менструального цикла для обеспечения более легкого и быстрого продвижения сперматозоидов в дни овуляции, наиболее благоприятные для оплодотворения.

Тело матки (2) грушевидной формы располагается в малом тазу, имеет у взрослой женщины длину 7-8 см, ширину 4-5 см и весит 50-70 г. Это основной орган, в котором развивается плод. Полость матки треугольной формы, верхние углы которой образованы устьями маточных труб, а нижний - внутренним зевом шейки матки. Стенки матки изнутри покрыты слизистой оболочкой, которая называется эндометрием. В течение менструального цикла в нем происходят изменения, направленные на подготовку эндометрия к внедрению (имплантации) оплодотворенной яйцеклетки и обеспечению ее жизнедеятельности в первые недели беременности.

Если беременность не наступает, слизистая матки отторгается, что проявляется менструацией.

От дна матки отходят маточные трубы (3), сообщающиеся с полостью матки и брюшной полостью. На протяжении менструального цикла трубы совершают волнообразные движения, захватывают яйцеклетку и продвигают ее к полости матки.

В брюшной полости рядом с маткой и маточными трубами располагаются яичники, в которых развивается в течение менструального цикла яйцеклетка (женская половая клетка), а также вырабатываются гормоны, играющие важную роль в жизнедеятельности всего организма - эстрогены и прогестерон. Эти гормоны способствуют созреванию женского организма, регулируют нормальное течение менструального цикла, готовят слизистую матки к внедрению плодного яйца, обеспечивают развитие плода в матке.

Яйцеклетка находится в фолликулах - многочисленных пузырьках, которые располагаются под оболочкой яичника. В течение менструального цикла под действием фолликулостимулирующего гормона, вырабатываемого в гипофизе, один из фолликулов начинает развиваться, превращаясь в зрелый фолликул, достигая 2 см в диаметре, одновременно в нем зреет и развивается яйцеклетка. Эта фаза называется фолликулярной, она сопровождается выработкой большого количества эстрогенов, продолжительность фазы 14-15 дней.

В середине менструального цикла край зрелого фолликула разрывается, способная к оплодотворению яйцеклетка выходит в брюшную полость и сразу подхватывается маточной трубой. Этот процесс называется овуляцией, а фаза овуляторной.

На месте лопнувшего фолликула под воздействием лютеинизирующего гормона гипофиза образуется желтое тело, которое вырабатывает гормон прогестерон, играющий важную роль в подготовке слизистой матки к имплантации плодного яйца, а также в нормальном развитии беременности. Фаза называется лютеиновой и длится 14-15 дней. Если беременность не наступает, желтое тело постепенно подвергается обратному развитию, снижается количество гормонов, продуцируемых яичниками, отторгается слизистая матки и начинается новый менструальный цикл.

Немаловажным фактором для нормального процесса оплодотворения является изменение проницаемости слизи цервикального канала. К середине менструального цикла увеличивается ее количество, слизь становится жидкой, прозрачной, резко повышается проходимость ее для сперматозоидов.

Беременность может наступить, если половые сношения имеют место в дни овуляции, т.е. в середине менструального цикла. Яйцеклетка способна к оплодотворению в течение суток. Сперматозоиды сохраняют жизнеспособность в половых органах женщины 3-5 дня.

Оплодотворение (4), т.е. слияние женской и мужской половых клеток, происходит в маточной трубе, а затем в течение 4-5 дней оплодотворенная яйцеклетка продвигается к полости матки. К моменту попадания плодного яйца в матку завершается подготовка слизистой оболочки матки к приему и внедрению его, а через 5-6 дней крошечная оплодотворенная яйцеклетка уже прочно внедрена в слизистую оболочку (5).

Таким образом, регуляцию циклических изменений в течение менструального цикла можно представить в виде строгой цепи: гипоталамус - гипофиз - яичники - матка. Однако, существует и обратная связь, малые дозы эстрогенов и прогестерона оказывают

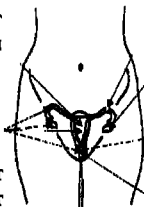
стимулирующее влияние на гипоталамо-гипофизарную систему, а большие дозы этих гормонов оказывают тормозящий эффект. На этом свойстве основано действие гормональных контрацептивов.

Механизм действия различных методов контрацепции основан:

- на подавлении овуляции - гормональные контрацептивы, метод лактационной аменореи
- на нарушении имплантации (внедрении плодного яйца в слизистую оболочку матки) – ВМС, гормональная контрацепция
- на воздействии на цервикальную слизь - гормональные контрацептивы, ВМС
- на токсическом действии на сперматозоиды - химические средства
- на механическом препятствии для прохождения сперматозоидов в цервикальный канал - презервативы, диафрагмы, шеечные колпачки, вазэктомия
- на механическом препятствии для попадания сперматозоидов в маточные трубы - женская стерилизация.

В настоящее время все методы предохранения от беременности условно подразделяют на современные (ВМС, гормональная контрацепция, добровольная хирургическая стерилизация) и традиционные (естественное планирование семьи, барьерные методы, прерванное половое сношение).

**ВМС** тормозят миграцию сперматозоидов в маточные трубы, изменяют эндометрий и перистальтику маточных труб, повышают тонус матки (медьвыделяющие ВМС)



**Гормональные контрацептивы** подавляют овуляцию, вызывают сгущение цервикальной слизи, что затрудняет прохождение через нее сперматозоидов, изменяют эндометрий и подвижность сперматозоидов в трубах

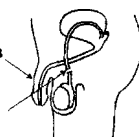
**Трубная окклюзия** блокада маточных труб предотвращает слияние сперматозоидов и яйцеклетки

**Метод лактационной аменореи** подавляет овуляцию

**Спермициды** вызывают разрушение клеточной мембраны сперматозоидов, что приводит к гибели их

**Механические средства** предотвращает попадание спермы в половые пути женщины

**Презерватив** предотвращает попадание спермы в женский половой тракт



**Вазэктомия** блокирует семенной канатик

### 3. КРИТЕРИИ ВЫБОРА КОНТРАЦЕПТИВА

Контрацептивное средство должно быть **эффективным и надежным**, что оценивается при помощи показателя индекс Pearle: если 100 женщин применяют метод на протяжении 12 месяцев, то число нежелательных беременностей этих пациенток соответствует показателю индекса Pearle. Абсолютная надежность того или иного метода требуется в тех случаях, если беременность представляет угрозу для здоровья и жизни женщины. Когда же речь идет о соблюдении определенного интервала в рождении желанных детей, требования к надежности контрацептива менее жесткие.

Безвредность оценивается по наличию ранних и поздних осложнений, наносящих ущерб здоровью женщины, а также, в случае беременности, по вероятности отрицательного влияния на здоровье ребенка, грудное вскармливание, качество грудного молока.

Применение контрацептива должно сопровождаться как можно меньшим количеством **побочных эффектов** (тошнота, боли, раздражительность, лабильность настроения, нарушение менструальной функции).

Применяемые средства предохранения от беременности должны быть достаточно **дешевыми**, что обеспечит их **доступность** и позволит пользоваться данным методом любым слоям населения.

Противозачаточные средства не должны влиять на плодovitость женщин, то есть контрацептивный эффект является **обратимым** и женщина может забеременеть в любое удобное для нее время.

Так же при выборе метода контрацепции необходимо учитывать и **психологические аспекты** использования различных противозачаточных средств. Контрацептив не должен ограничивать половую жизнь, вызывать негативное отношение у партнера, нарушать гармонию при интимных отношениях.

Отдавая предпочтение тому или иному методу контрацепции необходимо также учитывать и образ жизни, традиции, количество половых партнеров, частоту половых сношений. Например, у молодых сексуально активных женщин, имеющих несколько половых партнеров и соответственно высокий риск заболеваний, передающихся половым путем, наиболее подходящими методами являются барьерные со спермицидами, при регулярной половой жизни с одним партнером рекомендуются гормональная контрацепция или внутриматочные средства, при редких половых контактах - барьерные методы и т.д.



#### 4. ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Внутриматочная контрацепция это введение в полость матки небольшого изделия из пластмассы или металла.

Этот метод предпочитают 53% опрошенных женщин, использующих те ли иные противозачаточные средства. В настоящее время в мире внутриматочные противозачаточные средства (ВМС) по распространенности занимают второе место после гормональных препаратов. В Республике Беларусь их используют 19% женщин детородного возраста.

Метод внутриматочной контрацепции полностью отвечает требованиям, предъявляемым к контрацептивам.

##### **Достоинства:**

- высокая эффективность (индекс Pearle составляет 0,5-1)
- обратимость – в любое время контрацептив может быть извлечен, беременность наступает сразу
- доступность любым слоям населения, т.к. не требует больших материальных затрат
- не оказывает системного влияния на организм женщины
- применение его не связано с половым актом
- одноразовое решение приводит к длительной защите от беременности
- не требуется постоянного восполнения запасов средства
- противозачаточное действие не снижается на фоне приема различных лекарственных средств

##### **Недостатки:**

- обследование перед введением
- необходим квалифицированный медицинский работник для введения и удаления ВМС
- возможно развитие осложнения (экспульсия, боли, кровотечения, воспалительные заболевания половых органов)

До настоящего времени не установлен точный механизм действия **внутриматочных контрацептивов.**

Предполагают, что ВМС влияют на:

- сперматозоиды – тормозят миграцию их из влагалища в маточные трубы
- эндометрий – в результате сложных морфологических изменений и выработки биологически активных веществ нарушается процесс имплантации оплодотворенной яйцеклетки
- маточные трубы – усиливают перистальтику, что приводит к несвоевременному попаданию яйцеклетки в матку

- тонус матки – увеличивают выработку местных простагландинов, которые повышают тонус матки, что в итоге приводит к изгнанию эмбриона на ранней стадии развития.

### **Противопоказания к применению ВМС:**

Внутриматочная контрацепция абсолютно противопоказана: при беременности (подозреваемой или подтвержденной), злокачественных заболеваниях женских половых органов, воспалительных процессах органов малого таза, в том числе заболеваниях, передающихся половым путем, при кровотечениях из половых органов неустановленной этиологии, при аномалиях развития матки, миоме более 8 недель, аденомиозе

С осторожностью необходимо применять ВМС при наличии нескольких сексуальных партнеров (риск развития заболеваний, передающихся половым путем), анемии (гемоглобин менее 90 г/л), у нерожавших женщин, при заболеваниях крови, наличии в анамнезе внематочной беременности.

### **Характеристика ВМС**

Впервые внутриматочные средство, предназначенное для контрацепции, было описано Richter в 1909 году и изготавливалось в виде кольца из шелковых нитей. В 1923 году его модернизировал Руст, который прикрепил к нитям стеклянную пластинку, находившуюся за наружным зевом шейки матки. Почти через 20 лет Графенберг придал большую жесткость кольцу Рихтера за счет оплетения шелковых нитей проволокой из сплава меди, никеля и цинка, что препятствовало выталкиванию ВМК из матки.

С 1960 года начато производство первых ВМС из пластмассы с добавлением сульфата бария для придания рентгеноконтрастных свойств – спирали Маргулиса, которая открыла, так называемое, второе поколение ВМС. Наибольшее распространение из пластмассовых инертных средств получила предложенная в 1962 году петля Липпса в виде двойной буквы S, которая выдержала длительное (более 25 лет) испытание временем. В этом внутриматочном контрацептиве впервые была применена нейлоновая нить для контроля за расположением ВМС в матке и для его удаления, которая стала обязательной частью подавляющего большинства последующих внутриматочных средств.

Важным этапом в дальнейшем совершенствовании ВМС явилось использование обнаруженного в эксперименте Zipper и соавт. контрацептивного действия меди. Введение меди во внутриматочные контрацептивы позволило уменьшить его размеры без снижения эффективности.

В дальнейшем при изготовлении контрацептивов стали использовать серебро, золото. В настоящее время создано более 50 видов внутриматочных средств предохранения от беременности, которые отличаются друг от друга размерами, формой, жесткостью, включением в средство меди, серебра, золота, гормона прогестерона.

### **Медь-, серебро- и золотосодержащие ВМС**

Большинство современных медьсодержащих ВМС имеют Т-образную форму, лишь некоторые из них различаются по размерам, например, контрацептив “Мультилоуд” (Нидерланды), выпускается трех типов.

Медикаментозное включение во внутриматочное средство представлено в виде медной проволоки (с серебряным сердечником или без него) или в качестве разнообразных втулок из чистого металла.



**“TCu-380A”, “TCu-380Ag”, Т-Коппер**

Т-образные ВМС из гибкого полиэтилена с добавкой сульфата бария для рентгенотрастности. В моделях TCu-380Ag серебряная проволока (сердечник) внутри медной проволоки. Размеры: вертикальный 36 мм, горизонтальный – 32 мм.



**“Nova-T”(Финляндия). Полное название “Nova Tcu200 Ag”.**

Контрацептив из полиэтилена с сульфатом бария, медная проволока с серебряным сердечником намотана на вертикальную ось. Трансцервикальные нити две, белые. Размеры: вертикальный – 32 мм, горизонтальный – 32 мм.



**“Мультилоуд-375”(“MLCu-375”) (Нидерланды).**  
Полиэтиленовое внутриматочное средство с гибкими зубчатыми плечиками. Трансцервикальные нити 2 черные или бесцветные.



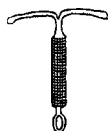
**“Rico Aurum”.** В конце 90-х годов австрийской фирмой “Trnka GesmbH&Co KG SOHNEN OSTERREICH” начат выпуск контрацептива из металлического золота – “Rico Aurum”.

Внутриматочный цельнометаллический золотосодержащий контрацептив имеет сдвоенный пластинчатый стержень, каждая из плоскостей которого переходит в вогнутые плечики сложной геометрической конфигурации, которые заканчиваются небольшими оливами.

### **ВМС, высвобождающие гормоны**



**“Прогестасепт” (“Progestasept”).** ВМС производства США изготовлено из этилен-винил-ацетат-кополимера. Вертикальная ось имеет резервуар с 38 мг прогестерона и сульфата бария (для рентгеноконтрастности) на силиконовой масляной основе. Выделяет в полость матки через полупроницаемую мембрану прогестерон, скорость диффузии 65 мкг в сутки. Две сине-черные трансцервикальные нити. Продолжительность действия от 1 до 1,5 лет



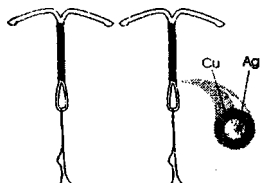
### **“МИРЕНА”(Германия)**

Контрацептив Т-образной формы, вертикальная ось имеет цилиндрический резервуар с полупроницаемой мембраной наполненный 52 мг левоноргестрела. Скорость выделения гормона в полость матки 20 мкг в сутки. Две черные трансцервикальные нити. Продолжительность использования 5 лет.

### **ВМС серии “Юнона Био-Т”**

В г. Витебске медицинским предприятием “Симург” разработаны и промышленно выпускаются различные модели внутриматочных контрацептивов серии “Юнона”, которые полностью соответствуют международным стандартам, не уступают лучшим образцам и рекомендованы к применению Министерствами здравоохранения Беларуси, России и других стран СНГ.

Внутриматочные контрацептивы серии “Юнона” имеют Европейский сертификат качества (МЮФ, Австрия), в 1996 году предприятие-производитель “Симург” за высокое качество ВМС награждено международной премией США “Факел Бирмингама”, в 1999 году - премией Испании “BID”.



### **“Юнона Био-Т”, “Юнона Био-Т Super”, “Юнона Био-Т Ag”.**

Контрацептив “Юнона Био-Т” является основной, базовой моделью Т-образного, медь-содержащего средства, якорь которого имеет оригинальную форму с оптимальными механическими характеристиками.

В ВМС “Юнона Био-Т Ag” внутри медной проволоки оплетки помещен серебряный сердечник диаметром 0,1 мм, что существенно удлиняет срок эксплуатации препарата.

“Юнона Био-Т Super” - якорь данного контрацептива покрыт тонким слоем препарата прополиса, обладающего бактерицидными и дезинфицирующими свойствами. Данное свойство используется для профилактики воспалительных осложнений внутриматочной контрацепции, возникающих в начальный период применения ВМС.

Длительность эксплуатации 5-8 лет в зависимости от модели



**“Юнона Био - ”.** Внутриматочное противозачаточное средство состоит из пластикового замкнутого кольца с внутренним стержнем, вокруг которого размещена медь. Диаметр кольца размера № 1 - 18 мм; размера № 1 - 24 мм.

Отличительной особенностью средства является его форма и наличие двух размеров, что позволяет использовать данный контрацептив как у рожавших (№ 2), так и у нерожавших женщин (№ 1). С целью увеличения длительности использования имеются модификации с намоткой проволоки с серебряным сердечником в качестве протектора меди, что увеличивает срок эксплуатации до 7-8 лет.

Наличие различных моделей ВМС серии «Юнона» позволяет использовать дифференцированный подход к применению ВМС и каждой пациентке может быть установлен наиболее подходящий именно для нее контрацептив

### **Метод дифференцированного применения внутриматочных противозачаточных средств по Ю.В. Журавлеву**

Внутриматочные контрацептивы обычно используются без учета индивидуальных особенностей женщин, при этом позиция врача и пациента пассивная, так как выбор ВМС обусловлен его наличием в аптечной сети.

Метод дифференцированного применения внутриматочных средств с целью контрацепции по Журавлеву Ю.В. основан на учете индивидуальных особенностей организма каждой конкретной женщины (количество и исходы предыдущих беременностей и родов, наличие ИЦН, воспалительных заболеваний, экспульсий ВМС и др.),

предполагаемого срока использования и времени введения, планов женщины на будущее деторождение.

### Дифференцированный выбор модели ВМС серии “Юнона”

Группа женщин	Рекомендуемая модель
Для длительной (7-8 лет) контрацепции.	“Юнона Био –Т Ag”
Для контрацепции между родами (4-5 лет).	“Юнона Био –Т”
Желающим начать контрацепцию непосредственно после аборта или вакуум-аспирации нерожавшие	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био –Т” № 1
--/-- рожавшие	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био –Т” № 2
Наличие в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза.	“Юнона Тио –Т Super”
Наличие в анамнезе беременностей на фоне Т-образных ВМС или их экспульсий	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био –Т” №2
Для нерожавших женщин	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био –Т” №1
Наличие ИЦН органического или функционального характера.	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био –Т” № 2
Для женщин, желающих продолжить внутриматочную контрацепцию сразу после удаления предшествующего ВМС в связи с завершением срока ношения.	“Юнона Био –Т Ag” или “Юнона Био –Т Super”
Для посткоитальной контрацепции нерожавшие	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био –Т” № 1
--/-- рожавшие	“Юнона Био –Т”, кольцеобразный контрацептив “Юнона Био-Т” №2

## **Время введения ВМС.**

Установка ВМС только в последние дни *menses* существенно ограничивает его доступность, необоснованно увеличивая промежуток между решением женщины о применении ВМС и фактическим началом контрацепции.

Внутриматочные средства можно вводить:

- в любой день менструального цикла, при уверенности в отсутствии беременности (наиболее целесообразно с 4 по 19 день)
- в день проведения медицинского аборта, произведенного методом вакуум-аспирации или выскабливания
- в течение 48 часов после нормальных родов
- через 6-8 недель после родов, в том числе и на фоне лактационной аменореи
- сразу после извлечения ВМС, срок использования которого истек, при желании женщины продолжить внутриматочную контрацепцию
- с целью посткоитальной контрацепции в течение 5 дней после незащищенного полового акта.

Внутриматочной контрацепции сопутствует риск развития таких осложнений как самопроизвольное изгнание (экспульсия), воспалительные заболевания половых органов, кровотечение, боль, перфорация матки при введении и использовании ВМС. Все эти осложнения можно предупредить при соблюдении следующих мер:

- проведение тщательного обследования женщин для выявления противопоказаний к применению ВМС
- использование дифференцированного подхода к выбору модели ВМС, исходя из индивидуальных особенностей организма женщины, планов на деторождение, времени введения контрацептива
- применение правильной техники введения внутриматочного контрацептива и оптимальных сроков для его установки
- профилактическое назначение антибиотиков и ингибиторов простагландиногенеза в первые дни после введения и в течение трех первых менструальных циклов во время месячных
- своевременное и комплексное лечение осложнений данного вида контрацепции

Методика введения ВМС проста, выполнима в амбулаторных асептических условиях, но требует от медицинских работников определенной подготовки.

Накануне необходимо провести тщательное обследование женщины для выявления противопоказаний к применению данного метода контрацепции.

Перед установкой проводится гинекологическое обследование для определения размеров и положения матки. Затем в асептических условиях обнажаются шейка и влагалище в зеркалах, обрабатываются трижды раствором антисептика и при помощи специальных инструментов медленно и осторожно, легко и безболезненно вводится внутриматочный контрацептив.

### **Наблюдение за женщинами, применяющими с целью контрацепции ВМС**

Период адаптации к контрацептиву продолжается около трех месяцев, в течение которых месячные могут быть более обильными и длительными, иногда отмечаются незначительные кровянистые выделения между менструациями. Все эти явления должны прекратиться через 3 месяца, после окончания периода адаптации.

Сразу после установки могут ощущаться незначительные боли внизу живота, которые должны прекратиться через 1-2 дня. Для снятия боли можно принять 1-2 таблетки анальгина.

С целью профилактики осложнений в день установки и два последующих дня целесообразен прием антибиотиков широкого спектра в общепринятой дозировке, а также ингибиторов простагландиногенеза для снижения тонуса матки (индометацин, аспирин) по 1 таблетке 2 раза в день. Ингибиторы простагландиногенеза рекомендуются для приема в первые 3 дня трех последующих менструальных циклов.

После введения ВМС в течение 8-10 дней необходимо воздержаться от половой жизни, физических нагрузок, занятий спортом, посещения бани, сауны.

Даже при хорошем самочувствии пациентка через 10 дней должна посетить врача. В дальнейшем необходимы регулярные осмотры у гинеколога: через 1, 6 и 12 месяцев после введения ВМС. Далее посещения гинеколога с интервалом в 6 месяцев.

В течение 2-3 месяцев после введения ВМС месячные могут быть более обильными и длительными, иногда возможны незначительные кровянистые выделения из половых путей между ними. Женщине рекомендуется осматривать во время менструации гигиенические прокладки, чтобы вовремя заметить выпадение спирали с менструальными выделениями.

При использовании внутриматочной контрацепции нужно соблюдать обычный гигиенический режим, рекомендуемый здоровым женщинам.

Пациентки должны знать ранние признаки возможных осложнений, при появлении которых необходимо немедленно обратиться к врачу: задержка месячных, боли внизу живота или во время полового



сношения, повышение температуры тела, гнойные выделения из половых путей, если спустя три месяца менструации остаются длительными, обильными, появилась слабость.

Внутриматочный контрацептив нужно извлечь по желанию женщины, при истечении срока эксплуатации ВМС, наступлении менопаузы, возникновении осложнений и противопоказаний, требующих удаления контрацептива. При желании женщины продолжить данный метод предохранения от беременности сразу после извлечения ВМС можно использовать новый контрацептив, "отдых" при применении внутриматочных средств не требуется.

Извлечение внутриматочного контрацептива проводит только врач, сама пациентка это делать не должна.

Для изъятия контрацептива необходимо фиксировать трансцервикальные нити зажимом без острых насечек и осторожно потянуть на себя. При этом плечики Т-образного ВМС сгибаются вверх, а кольцо сжимается и средство легко удаляется из матки. В редких случаях может потребоваться инструментальное извлечение внутриматочного средства.

## 5. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

За годы, прошедшие с момента выпуска первых противозачаточных таблеток, оральные контрацептивы стали одним из популярных и надежных методов предохранения от беременности во всем мире.

Механизм действия гормональных контрацептивов связывают с подавлением овуляции в результате их влияния на гипоталамо-гипофизарную систему и ингибирующего действия на яичники.

В эндометрии также происходят изменения, при которых имплантация и развитие плодного яйца невозможны.

Под влиянием гормональных средств меняется характер слизи цервикального канала (сгущение и уплотнение), что приводит к затруднению продвижения сперматозоидов.

Отмечается некоторое замедление перистальтики маточных труб.

### Показания:

- желание женщины использовать с целью контрацепции данный метод.
- применение гормональных препаратов с лечебной целью при таких заболеваниях как эндометриоз, альгодисменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, хронические воспалительные заболевания гениталий, доброкачественные заболевания молочных желез, угревая сыпь и т.д.

### **Преимущества:**

- высокая надежность, эффективность (индекс Pearl составляет 0,2-0,5)
- обратимость, т.е. возможность наступления беременности после прекращения использования гормональной контрацепции
- возможность использования препарата с лечебной целью

### **Недостатки:**

- необходимость ежедневно приема
- кровянистые выделения из половых путей
- нарушение менструального цикла
- побочные реакции

### **Противопоказания**

Гормональные контрацептивы **абсолютно противопоказаны** при беременности, нарушениях в системе кровообращения в настоящее время или в анамнезе (тяжелая гипертония, тромбозы, тромбофлебит, ИБС), коагулопатии, гиперлипидемия, курении у женщин старше 35 лет, заболеваниях или нарушениях функции печени, герпесе во время беременности в анамнезе, серповидно-клеточной анемии, гормонально-зависимых злокачественных опухолях (рак молочной железы, рак эндометрия), тяжелом диабете с явлениями сужения сосудов, нарушениях жирового обмена (выраженное ожирение), порфирии, отосклерозе.

С осторожностью нужно применять гормональные контрацептивы при: мигрени, необходимости длительной иммобилизации (после травмы), гиперпролактинемии, депрессивных состояниях, одновременном приеме лекарств, влияющих на всасывание комбинированных ОК (антибиотики, слабительные, противосудорожные препараты), в случае побочных действий в связи с применением противозачаточных таблеток ранее.

## **5.1. Характеристика гормональных контрацептивов**

Гормональные противозачаточные средства в зависимости от состава, принципа действия, методики применения подразделяются на следующие виды.

**Комбинированные эстроген-гестагенные препараты** это самые распространенные противозачаточные таблетки (оральные контрацептивы, ОК), в состав которых входят эстрогены и прогестины, могут быть 3 типов:

**МОНОФАЗНЫЕ** - доза эстрогенов и гестагенов остается неизменной во все дни приема. Если количество эстрогена, входящего в препарат ниже 0,05 мг, препарат считается низкодозированным.

Овидон, Регивидон, Регулон, Новинет (Гедеон Рихтер, Венгрия); Диане-35, Микрогенон, Фемоден, Логест, Жанин (Шеринг, Германия),

Марвелон (Органон, Голландия), Силест (Силаг, США) и многие другие.

Диане-35 и Жанин обладают выраженным антиандрогенным действием, что особенно важно для молодых женщин с кожными проявлениями гиперандрогении (повышенное содержание мужских половых гормонов) - акне, гирсутизм, себоррея.

**ДВУХФАЗНЫЕ** - первые 10 таблеток содержат эстрогены и очень низкие дозы гестагена, а в состав остальных 11 таблеток входит более высокая доза гестагена. Для удобства применения таблетки выпускаются разного цвета. Согласно некоторым данным, препараты несколько уступают в надежности монофазным, поэтому при их применении не следует уклоняться от установленного времени приема более чем на 6 часов.

Антеовин (Гедеон Рихтер, Венгрия), Грациал (Органон, Нидерланды).

**ТРЕХФАЗНЫЕ** - состоят из трех вариантов таблеток, в которых содержатся различные дозы эстрогенов и гестагенов, имитирующие секрецию этих гормонов в различные фазы нормального менструального цикла: фолликулярную, перiovуляционную и лютеиновую.

Три-регол (Гедеон Рихтер, Венгрия), Милване, Тризистон, Триквилар (Шеринг, Германия) и др.

Двухфазные и трехфазные контрацептивы приспосабливаются к нормальным гормональным колебаниям в течение менструального цикла, что вызывает циклические изменения эндометрия и влагалищного эпителия, поэтому эти препараты рекомендуются молодым нерожавшим женщинам. Три-регол можно использовать для лечения эктопии шейки матки у молодых женщин.

Все комбинированные ОК выпускаются в специальной упаковке, снабжены инструкциями, обычно их принимают по одной таблетке с 1 или 5-го дня нормального менструального цикла в течение 21 дня с последующим 7-дневным перерывом, в который должны пройти «месячные». Независимо от появления или отсутствия кровянистых выделений и их длительности через 7 дней приступают к следующему 21 дневному курсу. В некоторых упаковках имеется 28 таблеток, в этих случаях последние 7 таблеток содержат витамины и препараты железа и они принимаются без перерыва.

#### **Побочные действия:**

- тошнота
- нагрубание молочных желез
- изменение массы тела
- головные боли
- лабильность настроения
- изменение либидо
- депрессия
- межменструальные кровянистые выделения

- утомляемость
- сыпь, потемнение кожи на лице

- в некоторых случаях плохая переносимость контактных линз

### **Правила приема гормональных контрацептивов**

Строгое соблюдение следующих правил поможет женщине избежать ошибок при применении этого метода предохранения от беременности:

- Необходимо принимать таблетки в одно и то же время, утром или вечером, упаковка упрощает контроль, потому что на ней указаны дни недели.
- После прекращения приема таблеток имеет место обычное в таких случаях кровотечение. Первая менструация наступает через 4-6 недель и женщина способна к зачатию уже в первый месяц после прекращения приема противозачаточных таблеток.
- Если женщина забыла принять таблетку, то в течение 12 часов после привычного времени приема забытую таблетку обязательно нужно принять. Если пауза превышает 12 часов, то на полную защиту от зачатия рассчитывать не приходится и в этом случае рекомендуется до следующей менструации использовать другие методы контрацепции. Оставшиеся таблетки обязательно нужно принимать для исключения вероятности нарушения менструального цикла и кровотечения.
- Несмотря на регулярный прием таблеток, надежность их может быть снижена в случае рвоты или поноса в течение первых трех часов после приема. В этих ситуациях рекомендуется в течение последующих 12 часов принять дополнительную таблетку.
- Продолжительное применение некоторых медикаментов (антибиотики - рифампицин, тетрациклин, сульфонамиды; барбитураты, противосудорожные средства, активированный уголь, слабительные) уменьшает надежность гормональных контрацептивов.
- Зачатие не всегда может быть предотвращено у женщин-вегетарианок при использовании ОК.
- Не рекомендуется принимать гормональные контрацептивы в период кормления грудью.
- Если появляются межменструальные кровотечения противозачаточные таблетки необходимо принимать и далее, однако нужно обратиться к врачу для решения вопроса о назначении другого препарата
- За 3 месяца до планируемой беременности рекомендуется переход от гормональных контрацептивов к другим методам контрацепции

- Если, несмотря на регулярный прием ОК, «менструации» не появились, необходимо исключить беременность и приступить к следующему курсу в той же дозировке.
- В некоторых случаях у больных диабетом необходимо увеличить дозу инсулина или других антидиабетических препаратов (влияние на толерантность к глюкозе).

### **Чисто гестагенные контрацептивы**

**Чисто гестагенные таблетки (мини-пили)** - содержат микродозы (300-500 мкг) синтетических гестагенов в 1 таблетке.

Континуин (Гедеон Рихтер, Венгрия), Фемулен (Англия), Микронор (Силаг, США), Микролют (США) и др. Выпускаются упаковки по 28-35 таблеток

Прием начинают с 1-го дня менструации в непрерывном режиме ежедневно, в одно и то же время, в течение 6-12 месяцев. Если прием таблеток запаздывает более чем на 3 часа, необходимо использовать страховочные методы контрацепции (презерватив, спермициды и др.) так как чисто прогестиновые таблетки оказывают максимальный эффект в течение 3-4 часов после приема и их противозачаточное действие почти исчезает в течение 24 часов.

На фоне приема мини-пили часто бывают межменструальные кровотечения в первые месяцы приема, отмечается нерегулярный менструальный цикл.

**Пролонгированные инъекционные препараты** содержат в своем составе только гестагены, инъекции проводят внутримышечно 1 раз в 2-3 месяца.

**Депо-провера (ДМПА)** производство Апджон, США содержит 150 мкг депо-медроксипрогестерон ацетата, внутримышечные инъекции нужно производить каждые 3 месяца.

**НЭТ - ЭН (NET - OEN, нористерат)** - 200 мкг норэтистерона, внутримышечные инъекции каждые 2 месяца.

Могут быть длительные кровянистые выделения из половых путей или аменорея.

## Подкожные импланты –



Наиболее известен Норплант (Финляндия) – 6 силиконовых капсул размером 3,4 см в длину и 2,6 мм в диаметре, которые содержат 36 мг левоноргестрела. Вшиваются подкожно в области внутренней поверхности предплечья. Эта процедура проводится под местным обезболиванием при тщательном соблюдении правил асептики. Капсулы ежедневно выделяют гестаген (левоноргестрел), поддерживая концентрацию в течение 5 лет, затем обязательно должны быть удалены. При необходимости капсулы можно извлечь в любое время.

В последние годы были созданы биоразстворимые полимеры, которые разрушаясь выделяют гестагены - капронон, норэтиндрон.

При использовании норпланта часто беспокоят беспорядочные кровянистые выделения, аменорея, удаление капсул возможно в любое время.

### Преимущества:

- высокая эффективность
- удобство в использовании
- возможность сохранения в тайне
- являются оптимальными для кормящих матерей и женщин старше 35 лет
- не влияют на лактацию

### Недостатки:

- межменструальные кровянистые выделения
- длительная аменорея
- необходимость подготовки медработников по введению и удалению имплантов

**Чисто прогестиновые контрацептивы можно начинать применять:**

- с 1-го по 7-ой день менструального цикла
- в день аборта или в течение 7 дней после его проведения
- если женщина не кормит грудью, то сразу после родов
- кормящие матери могут использовать через 6 недель после родов

**Посткоитальные препараты** - содержат большие дозы гестагенов. Наиболее известен Постинор, который выпускается венгерской фирмой «Геден Рихтер».

Правила применения: в течение 72 часов после незащищенного полового акта принимается одна таблетка постинора и через 12 часов еще одна. Чем раньше принята таблетка, тем выше эффективность метода.

Данный метод серьезное вмешательство в функциональное состояние репродуктивной системы, нарушение которого может привести к прорывному кровотечению, дисфункции яичников, поэтому посткоитальную контрацепцию нельзя применять постоянно. Ее необходимо рассматривать только как “аварийную” срочную терапию, когда беременность крайне нежелательна или опасна: после изнасилования, нарушении правил использования других методов контрацепции (разрыв презерватива, пропуск приема гормональных таблеток).

**Побочные явления при применении чисто гестагенных препаратов:**

- тошнота
- мажущие кровянистые выделения из половых путей
- нерегулярные месячные
- аменорея
- депрессия
- изменение либидо

**Причины немедленного прекращения приема гормональных контрацептивов**

- появление первых признаков тромбоза или тромбоэмболии: впервые мигренеподобных или сильных головных болей, внезапные нарушения восприятия (нарушение зрения, слуха), боли в ногах или отеки ног, острая боль при дыхании или кашель неясной этиологии, боль или стеснение в груди
- запланированные операции (за 6 недель до них)
- иммобилизация (после травм)
- появление желтухи или других симптомов гепатита
- зуд по всему телу
- учащение эпилептических приступов
- повышение кровяного давления
- беременность

**Наблюдение за женщинами, применяющими гормональные контрацептивы**

Прежде, чем выбрать этот метод контрацепции, обязательно проконсультируйтесь с врачом, так как необходим индивидуальный подход к выбору препарата с учетом биологического фенотипа женщины, наличия экстрагенитальной патологии, чувствительности к эстрогенам и гестагенам, необходимости использования лечебного действия гормонов.

При отсутствии осложнений первое посещение гинеколога должно быть через 3 месяца, затем каждые 6-12 месяцев на протяжении всего времени применения гормональных контрацептивов.

При наличии осложнений первое посещение - через 1 месяц, затем через 3 месяца, далее каждые 3 или 6 месяцев.

Необходимо обратить внимание на тревожные симптомы (мигрень, боли в ногах и т.д.), переносимость препаратов, изменение менструального цикла, субъективные побочные эффекты и т.д.

При посещении врача проводится контроль АД, массы тела, цитологическое исследование шейки матки, исследование молочных желез.

### Состав различных гормональных контрацептивов

#### Монофазные комбинированные

Название препарата	Производитель	Кол-во эстрогена (этинилэстрадиол, мкг)	Количество гестагена
Овидон	Гедеон Рихтер, Венгрия	50	левоноргестрел 150 мкг
Ноновлон	Лепарфарм, Германия	50	норэтистерон ацетат 1,0 мг
Ригевидон	Гедеон Рихтер, Венгрия	30	Левоноргестрел 150 мкг
Регулон	- « -	30	Дезогестрел 0,150 мг
Новинет	- « -	20	Дезогестрел 0,150 мг
Диане-35	Шеринг, Германия	35	ципротерон 2,0 мг
Микрогенон	- « -	30	левоноргестрел 150 мкг
Логест	- « -	20	Гестоден 0,075 мг
Фемоден	- « -	30	гестоден 0,075 мг
Марвелон	Органон, Голландия	30	десогестрел 0,150 мг
Силест	Силаг, США, Швейцария	35	норгестимат 0,250 мг

#### Двухфазные комбинированные

Название препарата	Производитель	Кол-во эстрогена (этинилэстрадиол, мкг)	Количество гестагена
Антеовин	Гедеон Рихтер, Венгрия	11 таблеток, 50 10 таблеток, 50	левоноргестрел 0,05 мг -/- 0,125 мг
Грациал	Органон, Нидерланды	7 табл. (голубых), 40 15 табл. (белых), 30	дезогестрел 0,025 мг -/- 0,125 мг



### Трехфазные комбинированные

Название препарата	Производитель	Кол-во эстрогена (этинил-эстрадиол, мкг)	Количество гестагена
Три-регол	Гедеон Рихтер, Венгрия	6 табл. (желтых), 30	левоноргестрел 0,05мг
		5табл.(абрикос.), 40	-//- 0,075 мг
		10 табл. (белых), 30	-//- 0, 125 мг
Триксил	Шеринг, Германия	6 таблеток (желтых), 30	Левоноргестрел 0,05мг
		5 табл. (абрикосовых), 40	- / 0,075 мг
		10-таблеток (белых), 30	-//-, 0, 125 мг
Милване	Шеринг, Германия	6 таблеток (желтых), 30	Гестоден 0,05 мг
		5 табл. (абрикосовых), 40	-//- 0,07 мг
		10 таблеток (белых), 30	-//- 0,10 мг

### Чисто гестагенные препараты

Название	Производитель	
Мини-пили		
Микронор	Силаг, США	норэтистерон 0,150мг
Фемулен	Searle, Англия	этинодиол диацетат 0,50 мг
Экслютон	Органон, Нидерланды	Линестренол 0,5 мг
Континуин	Гедеон Рихтер, Венгрия	Линестренол 0,5 мг
Микролют	Шеринг, Германия	левоноргестрел 0,30мг
Депо-провера (ДМПА)	Анджон, США	депо-медроксипрогестерон ацетат 150мг в ампуле
Норэстерат	Шеринг, Германия	Норэтистерон 200мг в ампуле
Норплант-6	Лейрас, Финляндия	левоноргестрел 36мг в одной капсуле (6 бионерастворимых капсул)
Постинор	Гедеон Рихтер, Венгрия	левоноргестрел 0,75мг

## 6. ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Относится к современным высокоэффективным методам контрацепции. Получила широкое распространение в США, Англии, Европе, Китае.

В Республике Беларусь с 1993 года применяется как метод планирования семьи, до этого проводилась только по медицинским показаниям.

Хирургическая контрацепция является необратимым, самым эффективным, экономичным методом предохранения от беременности, как для женщин, так и для мужчин.

#### Достоинства:

- высокая немедленная эффективность (0,2 - 4 индекс Pearl)
- не влияет на грудное вскармливание
- не связан с половым актом
- не изменяет половую функцию
- показан тем пациенткам, для здоровья которых беременность представляет серьезную опасность
- одноразовое решение приводит к постоянному и эффективному предохранению от беременности

#### Недостатки

- необратимость
- небольшой риск послеоперационных осложнений
- требуется квалифицированный хирург

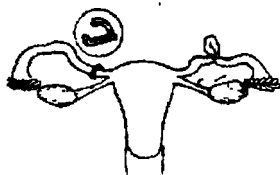
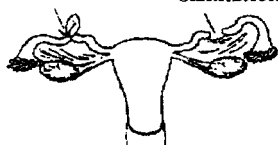
Проведение добровольной хирургической стерилизации должно быть основано на обдуманном решении не иметь больше детей, полном понимании необратимости метода, юридически оформлено.

**Женская стерилизация** – хирургическое блокирование проходимости маточных труб для предупреждения слияния яйцеклетки со сперматозоидом (трубная окклюзия).

Трубная окклюзия наиболее распространенный метод. При хирургическом методе стерилизации во время лапаротомии, лапароскопии, кесарева сечения производится перевязка и пересечение маточных труб.

#### Трубная

стерилизация После  
заживления



Клип

Фильши

Фаллопиево кольцо

С середины 70-ых годов после широкого внедрения лапароскопических операций стерилизация осуществляется с помощью коагуляции маточных труб, а также путем наложения на истмическую часть маточной трубы зажимов (клипов) Фильше, которые сделаны из титана, силиконовой резины, или силиконовых колец (фаллопиево кольцо), или пружинных зажимов. Главным преимуществом зажимов

Фильми является обратимость метода. После их использования возможно восстановление детородной функции у 80% женщин.

В последние годы хирургическая стерилизация путем блокирования маточных труб проводится в роддоме при минилапаротомии в течение 48 часов после родов или спустя 6 и более недель в гинекологическом стационаре. Стерилизацию женщин путем минилапаротомии и лапароскопии можно выполнить сразу после медицинского аборта при отсутствии кровотечения и инфекции тазовых органов.

**Хирургическую стерилизацию рекомендуется проводить:**

- в любое время менструального цикла при уверенности в отсутствии беременности
- после родов в течение 48 часов или спустя 6 недель
- после аборта в течение 7 дней

При нехирургическом методе стерилизация проводится путем введения в маточную трубу раствора фенола, тетрациклина, формальдегида и других веществ, способных вызвать непроходимость маточных труб в 98% случаев. Стерилизация может быть осуществлена также при гистероскопии при помощи электрокоагуляции истмической части маточных труб либо введением в маточные трубы керамических и силиконово-резиновых пробок. Эти методы находятся еще в стадии эксперимента, отмечается небольшой показатель эффективности, поэтому они не получили широко распространения.

**Мужская стерилизация (вазэктомия)** значительно проще и безопаснее, чем женская. После блокирования семявыносящего протока сперма в эякуляте отсутствует. Простой, легко выполнимый, надежный метод мужской контрацепции, который проводится в амбулаторных условиях, под местным обезболиванием.

Нужно знать, что стерильность после вазэктомии наступает в большинстве случаев после 20 эякуляций, поэтому до этого момента необходимо пользоваться презервативами или другими методами контрацепции. Для подтверждения отсутствия сперматозоидов в сперме рекомендуется лабораторное исследование ее после 20 эякуляций.

## **7. МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ**

Относится к физиологическим методам предохранения от беременности. Давно было известно о контрацептивной способности лактации, но только в 1988 году на международном совещании в Белладжии (Италия) было дано название, признаны и оценены достоинства, определены условия применения метода лактационной аменореи (МЛА).

После родов при отсутствии месячных и полном или почти полном грудном вскармливании женщина почти на 98% остается бесплодной, так как лактация стимулирует выработку пролактина, который подавляет овуляцию.

Метод лактационной аменореи рекомендуется использовать на протяжении 6 месяцев после родов тем женщинам, которые полностью используют только грудное вскармливание, имеют аменорею, хотят продлить период лактационного бесплодия, отсрочить возобновление менструации путем соблюдения определенного режима кормления грудью.

Необходимо знать, что существуют большие различия в продолжительности грудного вскармливания, послеродовой аменореи и периода лактационного бесплодия. Предсказание времени восстановления способности к зачатию во всех случаях затруднено, особенно при непродолжительном вскармливании и применении докорма.

В большинстве случаев отсутствие овуляции после родов продолжается от 4 до 12 месяцев и более, однако, у некоторых женщин овуляция происходит уже в 1-2 месяц послеродового периода, еще до наступления первой менструации.

#### **Правила применения метода лактационной аменореи.**

<b>Ситуация</b>	<b>Надежность метода</b>	<b>Рекомендации</b>
<b>При отсутствии менструаций,</b> когда возраст ребенка менее 6 месяцев; кормление только грудью, часто, днем и ночью	хорошая защита	не требуются другие методы предохранения от беременности
<b>При отсутствии менструаций,</b> когда возраст ребенка более 6 месяцев; кормление грудью частое, днем и ночью, вводится прикорм	частичная защита	требуются другие методы предохранения от беременности
<b>При возобновлении менструаций</b>	отсутствие защиты	требуются другие методы предохранения

### **Достоинства:**

- эффективен при соблюдении правил грудного вскармливания (1-2 индекс Pearle)
- доступен всем кормящим женщинам
- не связан с половым актом
- отсутствуют побочные эффекты и осложнения
- нет необходимости в медицинском наблюдении
- не требует пополнения запасов
- не требует денежных расходов

### **Недостатки:**

- зависит от соблюдения правил грудного вскармливания (кормить только грудью днем и ночью не реже, чем через 4 часа)
- эффективен не более 6 месяцев
- не защищает от заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП)

Урбанизация и изменение образа жизни, включая активное участие женщин в общественной жизни, работе вне дома, изменили и режим питания ребенка, привели к уменьшению продолжительности грудного вскармливания и частоты ежедневных кормлений, а также к более раннему введению докорма ребенка молоком и искусственными смесями. Таким женщинам с целью контрацепции необходимо рекомендовать другие методы. При отсутствии противопоказаний можно использовать внутриматочные контрацептивы, послеродовую стерилизацию, барьерные методы - презервативы, цервикальные колпачки, влагалищные диафрагмы, особенно в сочетании со спермицидами.

## **8. ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ**

Несмотря на низкую эффективность (можно предупредить нежеланную беременность только у каждой 3-5 женщины) традиционные методы контрацепции предпочитают использовать 22 - 40% пациенток.

Наличие противопоказаний к использованию современных методов контрацепции у многих женщин, вероятность осложнений, которые могут возникнуть при применении этих методов, рост частоты ЗППП, предполагают достаточное распространение традиционных способов предохранения от беременности и необходимость их совершенствования.

### **8.1. Ритмический метод контрацепции**

Ритмический метод контрацепции, который в различных источниках называется также биологическим, календарным, физиологическим, методом естественного планирования семьи. Физиологический метод предохранения от беременности основан на

периодическом воздержании в перивуляторный период. В литературе он известен как календарный метод Огино-Кнауса, который в 1930-ых годах предложили Огино в Японии и Кнаус в Австрии. Для определения начала "опасных" дней нужно вычесть 18 дней из самого короткого, а для выявления окончания - 11 дней из самого длинного менструального цикла за последние 6-12 месяцев.

Пример:

длинный цикл  $30 - 11 = 19$ , короткий цикл  $26 - 18 = 8$ .

"Опасным" по зачатию является период с 8 по 19 день менструального цикла и требуется 12 дней воздержания.

Однако, сроки наступления овуляции у каждой женщины индивидуальны, поэтому для большей надежности предложены следующие методы определения времени "опасного" периода.

- **Измерение базальной температуры:** ежедневно утром, не вставая с постели, женщина измеряет температуру в прямой кишке в течение 5 минут. В момент овуляции базальная температура несколько снижается, а затем через 1-2 дня начинается ее подъем до  $37,1^{\circ}\text{C}$  -  $37,4^{\circ}\text{C}$  (на  $0,2^{\circ}$ - $0,5^{\circ}\text{C}$ ). Учитывая, что подъем температуры начинается на 1-2 дня позже срока овуляции, а также тот факт, что яйцеклетка способна к оплодотворению в течение 24 часов и сперматозоиды сохраняют свою жизнедеятельность в половых путях женщины на протяжении 3-5 дней, опасность наступления нежеланной беременности начинается за 1 неделю до предполагаемого времени овуляции и сохраняется еще в течение 5-7 дней после нее. Необходимо отметить, что этот метод не информативен при заболеваниях сопровождающихся повышением температуры тела.

- **Определение изменения количества и характера цервикальной слизи** предложили супруги Джон и Эвелин Виллингсы в 60-ых годах.

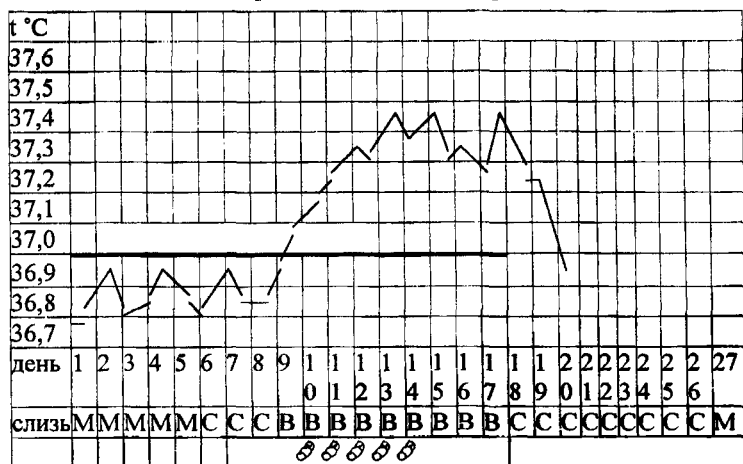
Метод основан на определении «сухих» и «влажных» дней. После окончания месячных у большинства женщин наблюдается отсутствие слизи в цервикальном канале и область вульвы на ощупь сухая. Под влиянием эстрогенов в перивуляторный период в цервикальном канале образуется густая, вязкая слизь, что сопровождается ощущением влажности и клейкости вульвы - «влажные» дни. Обычно это соответствует 10-18 дню менструального цикла и вероятность зачатия в эти дни очень высока. Нужно учитывать, что эти симптомы не всегда удается различить женщинам, а при наличии кольпита или цервицита этим методом пользоваться нельзя.

- **Симптомотермальный метод**, который сочетает в себе элементы календарного, цервикального и температурного методов.

Симптомами овуляции могут быть небольшие боли внизу живота, иногда чувство вздутия живота, скудные кровянистые выделения из половых путей.

Для правильного использования метода нужно аккуратно и ежедневно вести календарь, в котором отмечается базальная температура и состояние цервикальной слизи.

**Заполненная карта базальной температуры тела**



М – месячные, С – сухие дни, В - влажные дни

#### **Достоинства:**

- безвредность
- отсутствие побочных реакций
- доступность
- бесплатность
- приемлемость

#### **Недостатки:**

- низкая эффективность (беременность наступает у каждой 3–6 женщины)
- могут пользоваться женщины только с регулярным менструальным циклом
- требуется подготовка для правильного использования метода
- необходимость воздержания в “опасный” для зачатия период менструального цикла

### **8.2. Барьерные методы контрацепции**

Давно известные методы предохранения от беременности. В последние годы в связи с ростом числа заболеваний, передающихся половым путем, применение их становится актуальным, т.к. использование барьерных методов контрацепции позволяет предотвратить такие ИППП, как гонорея, хламидиоз, трихомоноз, уреаплазмоз, вирусные инфекции и др.

Различают мужской метод - использование презервативов и женские методы - диафрагмы, шеечные колпачки, спермицидные таблетки, пасты, гели, губки, свечи, шарики.

По принципам действия традиционные методы делят на химические и механические

### **Химические методы контрацепции**

При применении этого метода используются свойства некоторых химических веществ инактивировать или убивать сперматозоиды в течение 1-2 минут.

Предпочитают применять около 16% женщин. Риск наступления нежеланной беременности при использовании этого метода от 3 до 21 %.

Спермициды применяют в виде гелей, кремов, паст, пены, губки, таблеток, свечей, шариков.

Известно много химических веществ, обладающих выраженным губительным действием на сперматозоиды и входящие в состав различных спермицидов. К давно известным спермицидам относятся молочная, борная, лимонная кислота, витамины - С (аскорбиновая кислота), РР (никотиновая кислота), антибиотики (грамидин) и другие химические вещества.

Наиболее эффективными спермицидами в настоящее время являются: ноноксинол-9, октоксинол, менгефол и др. Ноноксинол-9 обладает также губительным действием на бактерии и вирусы.

#### **Преимущества:**

- доступность и простота использования
- может использоваться в качестве страховочного метода при ошибке в применении других методов предохранения от нежелательной беременности

#### **Недостатки:**

- низкая эффективность (индекс Pearle 3-21)
- необходимость дополнительных действий во время полового акта
- возможность развития аллергических реакций
- необходимость ожидания 10-15 минут до полового акта

### **К наиболее часто используемым средствам относятся:**

- **Таблетки, свечи, шарики:** “лютенурин”, “фарматекс”, “пантетекс”, “семицид”, “контрацептин-Т” и др. Вводятся во влагалище накануне полового акта в горизонтальном положении, противозачаточный эффект наступает через 10-15 минут, действие продолжается около

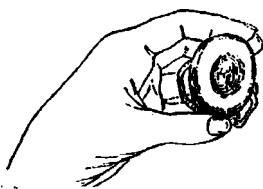


часа. Для каждого последующего полового акта требуется дополнительное введение препарата.

- **Пасты, кремы, пены, аэрозоли:** “трамицидиновая”, “делфин”, “фарматекс”, “пантетекс”, “концептрал”. Вводятся во влагалище в горизонтальном положении накануне полового сношения при помощи специального аппликатора, быстро распределяются, образуя барьер перед шейкой, и контрацептивный эффект наступает немедленно. Перед каждым последующим половым актом требуется введение дополнительной дозы.

- **Контрацептивная пленка - ВПК** (вагинальная контрацептивная пленка) размером 2х2 см, обработанная спермицидом. Вводится в задний свод влагалища за 10-15 минут до полового акта и там растворяется

- **Контрацептивная**  
сочетанное механическое  
действие. Губка  
из полиуретана,  
пропитанного  
спермицидами. Перед  
нужно смочить губку



**губка:**  
и химическое  
изготовлена

применением  
водой и  
ввести глубоко во влагалище перед половым актом. Губка,  
располагаясь перед шейкой матки, обеспечивает немедленный  
противозачаточный эффект, извлекается в течение 6 часов после  
полового сношения. Повторное использование не рекомендуется.

Спермициды можно свободно приобрести в аптеках, к каждой упаковке прилагается инструкция, ознакомление с которой позволит правильно их использовать.

### **Механические методы контрацепции.**

К механическим средствам контрацепции относятся изделия, создающие препятствия для слияния сперматозоидов с яйцеклеткой, то есть не допускающие проникновения сперматозоидов в матку.

К этим средствам контрацепции относятся влагалищные диафрагмы, цервикальные колпачки, мужские презервативы.

### Влагалищная диафрагма



Диафрагма представляет собой резиновый колпачок, имеющий форму полушария с плотным пружинящим кольцом, покрытым резиной. Это широко распространенное средство контрацепции, которое было предложено в 1882 году. Сейчас этот метод используют около 5-10% женщин мира. Особенно популярны в Англии. Диафрагма бывает разных размеров (от 50 до 105 мм) и вида (различия в конструкции ободка).

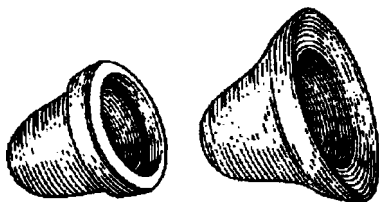
Диафрагму вводят во влагалище таким образом, чтобы закрыть шейку матки и создать механическое препятствие для прохождения сперматозоидов в шейку. Врач должен подобрать размер диафрагмы и обучить женщину технике введения и извлечения ее. После родов или при изменении массы тела более чем на 5 кг размер диафрагмы должен быть подобран врачом снова.

Кольцо диафрагмы должно плотно соприкасаться со стенками влагалища и не смещаться. Основная ошибка при подборе размера диафрагмы заключается в том, что она оказывается меньшего размера, чем нужно.

Диафрагму вводят до полового сношения и оставляют во влагалище в течение 8 часов. Для повышения эффективности метода влагалищную диафрагму применяют вместе со спермицидами, так происходит сочетание механической и химической защиты шейки матки от попадания жизнеспособных сперматозоидов во время полового акта. Спермицидами (паста, гель) смазывается внутренняя поверхность и края диафрагмы. При повторных половых сношениях спермицид необходимо применить снова.

После извлечения диафрагму нужно вымыть горячей водой с мылом, вытереть и поместить на 20 минут в 50-70% раствор спирта.

### Шеечные колпачки



Имеют форму наперстка, одеваются на шейку матки и удерживаются за счет создания отрицательного давления между

крепким гибким ободком колпачка и поверхностью шейки матки. Вначале их делали из нержавеющей металла, в настоящее время производят из каучука, плотной резины, латекса различной формы и размеров.

Соответствующий тип и размер колпачка подбирает врач во время осмотра по форме и размеру шейки матки.

Шеечный колпачок может применяться со спермицидами, которые наносят на внутреннюю поверхность и края колпачка, или без них.

Вводится перед половым сношением и извлекается не позже чем через 24 часа.

#### **Достоинства**

- простота
- безвредность
- возможность повторного использования
- не влияет на грудное вскармливание

#### **Недостатки:**

- необходимость обучения технике введения
- небольшая эффективность (индекс Пирля 6-18)
- необходимость проведения манипуляции перед половым сношением
- многим женщинам неприятно ощущение инородного тела во влагалище

#### **Противопоказания к применению влагалищных диафрагм и шеечных колпачков:**

- эндоцервицит, эрозия шейки матки
- аллергия к резине или спермицидам
- кольпит
- разрыв промежности или шейки матки в родах
- аномалии развития влагалища и шейки матки
- опущение стенок влагалища
- снижение тонуса мышц тазового дна.

#### **Мужской презерватив**

Презерватив препятствует попаданию спермы во влагалище женщины. Для повышения эффективности и надежности вместе с презервативом применяют спермициды.

Презервативы изготавливают из резины или обработанного коллагенозного материала и выпускают со спермицидом или без него, со специальной смазкой (лубрикант). Различаются по форме, толщине, поверхности, цвету. Смазкой могут силиконовое покрытие, жидкие гели или спермициды. Около 1% презервативов изготовлены из слепой кишки ягнят.

#### **Достоинства:**

- простота и доступность
- низкая стоимость средства
- защита от ЗППП и ИППП
- нет риска для здоровья
- не влияет на грудное вскармливание

#### **Недостатки:**

- низкая эффективность (индекс Пирля 2-12)
- требует согласия и желания партнеров пользоваться этим методом контрацепции
- отмечается снижение полового чувства при постоянном использовании
- необходимость применения презерватива в определенный момент полового акта
- возможность появления аллергической реакции

Умеренно эффективны как противозачаточные средства - "контрацептивная неудача" в течение года использования составляет от 6 до 46%.

Применение презервативов со спермицидами является лучшей защитой от ЗППП (вирус простого герпеса, хламидии, вирус папилломы человека, вирус гепатита В, бледная трепонема и др. При регулярном применении презервативов со спермицидами число ЗППП уменьшается на 42%, причем заражаемость хламидиозом - на 45%, а гонореей - на 65%.

### **8.3.Прерванное половое сношение**

Этот метод заключается в прерывании полового акта до начала эякуляции (семяизвержения). Эффективность этого метода низкая, не превышает 75%. Предпочитают данный метод контрацепции 28 - 50% половых партнеров.

Этот метод не одобряют психиатры, сексопатологи, урологи и гинекологи.

Прерванный половой акт нередко оказывает неблагоприятное влияние на половую потенцию и нервную систему мужчины, который должен постоянно контролировать половой акт, что приводит к ослаблению полового чувства или приводит к чрезмерно быстрой эякуляции.

Не менее вредным прерванный половой акт оказывается для женщин, так как при этом часто не наступает оргазм или он является неполноценным и поэтому долго не спадает напряжение и полнокровие половых органов. Женщины длительное время после прерванного полового сношения чувствуют разбитость, вялость, раздражительность. С течением времени вследствие избыточного кровенаполнения тазовых органов могут появиться боли внизу живота, в пояснице, выделение белей. Застойное полнокровие может

привести к увеличению матки и нарушениям менструальной функции. У некоторых женщин наблюдается постепенное снижение полового влечения.

Не следует думать, что описанные осложнения могут быть у всех женщин и мужчин, использующих прерванное половое сношение с целью предохранения от беременности. Возникновение этих осложнений зависит от индивидуальных особенностей супругов и ряда других причин, но следует помнить, что чем дольше половые партнеры пользуются этим методом, тем чаще могут развиваться эти осложнения.

#### **Достоинства:**

- доступность
- отсутствие влияния на грудное вскармливание
- вовлечение мужчины в планирование семьи
- может использоваться как страховочный метод при нарушении правил использования других методов контрацепции

#### **Недостатки:**

- низкая эффективность
- влияние на здоровья женщины и мужчины при постоянном использовании
- необходимо согласие партнера

Для того чтобы избежать беременности при использовании этого метода нужно помнить, что в течение 24 часов после эякуляции в уретре мужчины могут сохраняться живые, способные к оплодотворению сперматозоиды. При повторных половых сношениях необходимо применять меры для предотвращения попадания капли предэякуляционного секрета во влагалище.

## **9. МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ**

### **9.1. Методы контрацепции у молодых нерожавших женщин**

В последние годы значительно увеличилось количество женщин, прерывающих первую нежеланную беременность, причем учитывая ранее начало половой жизни (в среднем 15-17 лет) растет число первых абортс производимых у подростков. В дальнейшем первый аборт приводит к частым гинекологическим заболеваниям, нарушениям репродуктивной системы, бесплодию, развитию дисгормональных заболеваний шейки матки и молочных желез, невынашиванию беременности, осложненному течению беременности и родов.

Подросткам свойственно непредсказуемое поведение, их взаимоотношения нередко носят временный характер, велика вероятность нескольких партнеров и заражения ЗППП. Юные женщины часто вступают в незапланированный, незащищенный половой контакт.

Кроме того, репродуктивная система, в том числе половые органы, у молодых нерожавших женщин имеют некоторые физиологические и анатомические особенности.

**Гормональная контрацепция.** Наиболее популярный метод предохранения от беременности. Несмотря на высокую эффективность гормональных контрацептивов применение их в молодом возрасте небезопасно из-за нестабильности функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и вмешательство может вызвать нарушения в различных звеньях этих органов. Начинать использование гормональной контрацепции необходимо только спустя 2 года после установления регулярных менструаций.

При назначении гормональных средств с целью предохранения от беременности предпочтение нужно отдавать **трехфазным оральным контрацептивам (Три-регол)**, которые имитируют колебания гормонов при нормальном менструальном цикле, в течение непродолжительного срока (6-8 месяцев), а также низкодозированным монофазным (**Регулон, Новинет**).

У молодых женщин редко встречаются состояния, при которых противопоказано назначение оральных контрацептивов, однако забывчивость увеличивает риск неудач при гормональной контрацепции.

**Внутриматочная контрацепция.** Отсутствие влияния на функцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, создание в последние годы современных небольших моделей ВМС позволяет рекомендовать использование их у молодых нерожавших женщин.

Юным и молодым женщинам нравится когда метод контрацепции невидим, не требуется пополнения запасов, нет связи применения с половым актом, поэтому они иногда отдают предпочтение ВМС и при выборе этого метода предохранения от беременности рекомендуются внутриматочные контрацептивы серии “Юнона Био кольцо” с медным или серебряным сердечником тип 1, “Nova-T”, “Мультилоуд” и другие небольшие модели.

Однако, применение внутриматочных контрацептивов нежелательно у молодых нерожавших женщин из-за возможности возникновения таких осложнений как воспалительные процессы женских половых органов, кровотечения, экспульсии, особенно у пациенток, имеющих многочисленных партнеров, так как риск заражения ЗППП у них очень высок.

**Стерилизация.** Стерилизация в большинстве случаев неприемлема для молодых нерожавших женщин, за исключением пациенток, страдающих тяжелой экстрагенитальной патологией, при которой беременность и роды опасны для здоровья и жизни женщины.

**Барьерные методы контрацепции и спермициды.** Презервативы и спермициды обеспечивают немедленную защиту от беременности, однако требуется их наличие и желание использовать при каждом половом контакте. Должны использоваться парами с высокой мотивацией поведения и заинтересованности в предупреждении беременности.

**Влагалищная диафрагма** обычно не рекомендуется для использования подростками, так как требует примерки и подбора размера и желания использовать перед половым актом.

**Календарный метод контрацепции.** Календарные метод контрацепции может применяться молодыми нерожавшими женщинами с установившимся регулярным менструальным циклом после соответствующего обучения определению времени овуляции.

**Прерванное половое сношение.** Прерванное половое сношение часто бывает единственным доступным методом. Необходимо обучить молодых половых партнеров правильно пользоваться этим методом с целью повышения его эффективности

## **9.2. Контрацепция после родов**

После родов большинство женщин хотят отсрочить рождение детей не менее чем на 2 года, а при сформировавшейся семье вообще не хотят больше рожать. К сожалению, многие родильницы плохо знакомы с методами планирования семьи, рекомендуемыми в послеродовом периоде, в то время как для женщин подбор безопасного, приемлемого метода контрацепции в это время особенно актуален.

После родов всем женщинам необходимо рекомендовать:

- исключительно грудное вскармливание, учитывая его важность, как для матери, так и для ребенка
- не прекращать кормление грудью с целью начала контрацепции
- методы предохранения от беременности, используемые кормящими матерями, не должны оказывать отрицательное влияние на качество грудного вскармливания и здоровье ребенка.

**Кормящим матерям рекомендуются:**

- Метод лактационной аменореи - при условии, что женщина кормит исключительно грудью, у нее не возобновились менструации, после родов не прошло более 6 месяцев
- Барьерные методы (мужские презервативы), спермициды и прерванный половой акт могут использоваться в любое время после

родов с возобновлением половых отношений. Влагалищную диафрагму, шейные колпачки нельзя применять в течение 6-8 недель после родов, пока шейка матки и влагалище не примут стабильную форму, размеры и соотношение после родов. Перед использованием необходимо снова подобрать размер.

- **Внутриматочные контрацептивы** (выделяющие медь) могут быть установлены через 10 минут после отделения и выделения последа, а также в течение 48 часов после родов и после операции кесарева сечения.

Если ВМС не введена сразу или в течение 48 часов после родов, следует воздержаться от применения внутриматочного контрацептива до 6-8 недель после родов, в этом случае ВМС применяется при уверенности в отсутствии беременности

- **Добровольная стерилизация** может быть проведена сразу после родов или в течение первых 48 часов путем послеродовой минилапаротомии, в это время позиция матки облегчает нахождение и обзор маточных труб.
- **Гормональные контрацептивы** - наименее подходящий метод для кормящих матерей. Не следует применять комбинированные оральные контрацептивы в течение 6-8 недель после родов, необходимо избегать от 6 недель до 6 месяцев, за исключением тех случаев, когда другие методы неприемлемы. Использование комбинированных гормональных контрацептивов в первые 6-8 недель после родов уменьшает количество грудного молока и может отрицательно повлиять на нормальный рост ребенка (этот эффект может сохраняться до 6 месяцев). В течение 3х недель после родов комбинированные гормональные контрацептивы за счет эстрогенного компонента несколько увеличивают риск повышенного тромбообразования. Применять их можно только после отлучения ребенка от груди.
- **Метод естественного планирования семьи** можно использовать только после восстановления регулярного менструального цикла. Необходимо помнить, что базальная температура может изменяться, если мать просыпается для ночного кормления грудью, что уменьшает надежность метода.

#### **Некормящим грудью матерям рекомендуются**

Женщины, принявшие решение не кормить ребенка грудью, могут пользоваться любым методом предохранения от нежелательной беременности: ВМС, послеродовой добровольной стерилизацией, барьерными методами (мужские презервативы), спермицидами, прерванным половым сношением.

- **Гормональная контрацепция:** комбинированные оральные контрацептивы не должны применяться в течение 3 недель после



родов из-за повышенного риска тромбообразования, использование чисто прогестиновых контрацептивов можно начинать сразу после родов.

- Влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки могут быть применены после окончания послеродового периода (6-8 недель). Из-за изменения шейки матки и влагалища после родов необходим подбор размера применяемого изделия.
- Возможность использования метода естественного планирования семьи появляется после восстановления нормального менструального цикла.

### **9.3 Контрацепция после аборта**

Необходимо отметить, что наступление овуляции после медицинского аборта или самопроизвольного выкидыша трудно предсказуемо и может произойти уже на 11 день после аборта. Это обуславливает необходимость начала использования контрацептивных средств непосредственно сразу после удаления плодного яйца (введение ВМС сразу после аборта, прием первой таблетки или инъекция гормональных контрацептивов в день его производства).

После прерывания беременности женщина может использовать практически все методы предохранения от беременности.

**Внутриматочная контрацепция.** Можно применять ВМС сразу после прерывания беременности, если исключен риск инфекции. При наличии противопоказаний для использования внутриматочного контрацептива сразу после аборта необходимо отложить процедуру на 1-3 месяца, применяя в это время другие методы контрацепции.

Рекомендуемые модели ВМС: "Юнана Био-Т Super", "Юнона Био-Кольцо" тип 2, Т- Копер и др.

**Гормональная контрацепция.** Большинство авторов рекомендует начинать использование гормональных противозачаточных средств сразу после медицинского аборта, в день оперативного вмешательства, отдавая предпочтение монофазным (регулон, новинет) или трехфазным ( три-регол) оральным контрацептивам с низким содержанием эстрогенного компонента из-за наличия физиологической гиперкоагуляции.

Минимальное влияние на систему гемостаза позволяет использовать чисто гестагенные препараты в виде таблеток или инъекций, а также импланты, особенно у женщин позднего репродуктивного возраста, в день производства медицинского аборта.

**Хирургическая стерилизация.** Добровольная хирургическая стерилизация может быть проведена в день проведения или в течение 7 дней после медицинского аборта путем лапароскопии при отсутствии инфекции и обильного кровотечения.

7 дней после медицинского аборта путем лапароскопии при отсутствии инфекции и обильного кровотечения.

**Барьерные методы контрацепции и спермициды.** Начинают их применение с возобновлением половых сношений. Эти методы нужно использовать временно, до начала применения современных методов планирования семьи, как страховочные методы при нарушении правил использования других методов.

Необходимо подобрать размер влагалишной диафрагмы сразу после проведения медицинского аборта.

**Естественное планирование семьи.** Метод может считаться надежным только после восстановления нормального регулярного менструального цикла при отсутствии инфекции половых органов.

#### **9.4. Предупреждение беременности у женщин старше 35 лет**

Необходимость эффективной, безопасной, надежной контрацепции обусловлена высоким риском развития осложнений беременности и родов, смертности в группе женщин позднего репродуктивного возраста.

Женщины старше 35 лет могут пользоваться всеми видами контрацепции, отдавая предпочтение современным высокоэффективным, надежным, обеспечивающим длительное предохранение от беременности методам.

**Внутриматочная контрацепция.** Отсутствие общего системного воздействия на организм женщины позволяет рекомендовать внутриматочные контрацептивы всем без исключения женщинам старше 35 лет, при отсутствии риска заражения ЗППП.

Для длительной контрацепции рекомендуются модели, в состав которых входит серебро, обеспечивающее долгосрочное контрацептивное действие: "Юнона Био-Т Ag", "Нова-Т", "Т-Коппер".

**Гормональная контрацепция.** Комбинированные эстроген-гестагенные препараты нужно применять с осторожностью курящим женщинам (до 20 сигарет в день) и избегать активным курильщицам (более 20 сигарет в день), в период менопаузы из-за эстрогенного компонента, как фактора риска развития гормонально-зависимой патологии матки и молочных желез.

Чисто гестагенные препараты можно использовать без опасений женщинам позднего репродуктивного возраста и в период менопаузы.

Настоятельно нужно рекомендовать импланты, которые обеспечивают длительную, эффективную и не требующую пополнения запасов контрацепцию, особенно при наличии проблем с

другими способами предохранения от беременности и нежелания пройти добровольную стерилизацию.

**Стерилизация.** Подходит для супружеских пар и пациентов, принявших осознанное решение использовать этот необратимый метод контрацепции.

**Барьерные методы контрацепции и спермициды.** Могут широко использоваться женщинами, способными заранее планировать половой акт; парами, имеющими высокую мотивацию поведения и заинтересованными в предупреждении беременности. Обеспечивают надежную защиту от инфекций половых путей и ЗППП.

### **9.5. Неотложная, экстренная контрацепция**

В результате незащищенного незапланированного полового акта во время “опасного” периода (с 10 по 18 день менструального цикла) может наступить нежелательная беременность. В то время как большинство контрацептивов применяется до полового сношения, есть несколько методов, которые можно применить в течение короткого времени после него, не заставляя женщину со страхом ожидать наступит у нее следующая менструация или нет. Эти методы безопасны и могут быть применены в любой день цикла.

Два варианта посткоитальной или неотложной контрацепции:

- **механический** - единственным методом является введение медьсодержащего ВМС в течение 5 дней после незащищенного полового акта, что может предотвратить беременность как минимум на 75%

- **гормональные:**

- чисто прогестиновые препараты с высоким содержанием гестагена (**постинор**) - необходимо принять таблетку в течение 72 часов после незащищенного полового акта и еще одну через 12 часов после первого приема.

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты — низкодозированные, содержащие этинил эстрадиола 30-35 мкг, (**Ригевидон, Микрогинон**) необходимо принять в течение 72 часов после незащищенного полового акта сразу 4 таблетки и еще 4 таблетки через 12 часов после первого приема.

- высокодозированные, содержащие этинил эстрадиола 50 мкг, (**Овидон**) - принять 2 таблетки в течение 72 часов после незапланированного полового акта и затем еще 2 таблетки через 12 часов после первого приема.

Таблетки нужно принимать во время еды или перед сном для снижения побочных эффектов (тошнота, рвота). Если рвота была в течение первых часов после приема принять еще одну дозу или ввести таблетки во влагалище.

Метод посткоитальной контрацепции нельзя применять постоянно, это серьезное вмешательство в гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему.

## 10. БУДУЩЕЕ КОНТРАЦЕПЦИИ

Выбор метода контрацепции весьма сложен, поскольку практически нет идеального противозачаточного средства со 100% эффективностью, который можно было бы рекомендовать всем женщинам. Каждый из современных методов имеет противопоказания, их использование сопровождается рядом побочных эффектов и осложнений. Традиционные же методы (метод естественного планирования семьи, барьерные методы, прерванное половое сношение) как правило, неудобны в использовании, эффективность их низкая, зависит от пользователя. Этим объясняется необходимость разработки новых методов контрацепции и усовершенствование известных способов.

Активно проводится совершенствование методов гормональной контрацепции. Разработаны и начинается внедрение инъекционных комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, которые вводятся внутримышечно 1 раз в месяц (Cyclofem, Mesigina), медленно выделяют гормоны, что увеличивает их приемлемость для женщин, так как нет необходимости помнить о ежедневном приеме таблеток.

В США и некоторых странах Европы проводятся клинические исследования эффективности влагалищных колец с контрацептивными гормонами, которые содержат как гестогены, так и комбинированные эстроген-гестагенные средства. Кольцо вводится женщиной глубоко во влагалище, располагается вокруг шейки матки и выделяет медленно гормоны, которые всасываются влагалищным эпителием. Влагалищное кольцо с гестагенами находится во влагалище постоянно, эффективно в течение 1-6 месяцев, может быть извлечено в любое время. Влагалищное кольцо с комбинированными эстроген-гестагенными гормонами устанавливается во влагалище женщиной на 3 недели, затем извлекается на 1 неделю на период менструации, потом может быть использовано повторно.

Влагалищные кольца вводятся и извлекаются самой женщиной, что позволяет начать и прекратить контрацепцию в любое время. Эти контрацептивы поступят на рынок через 5-10 лет.

Проходят клинические испытания импланты, подвергающиеся биологическому разложению в организме женщины, что устраняет необходимость удаления препарата после завершения его действия. Капронор - биodeградирующие капсулы содержащие гестаген, могут быть введены путем инъекции или через небольшой разрез кожи

подобно норпланту, действие продолжается до 18 месяцев. Биодеградирующие гранулы норэтиндрона размером с рисовое зерно, имплантируются под кожу бедра или предплечья, действие до 12 месяцев. Инъекционные микросферы норэтиндрона размером 0,06-0,1 мм, действие до 3 месяцев. В отличие от норпланта эти средства после введения нельзя удалить и контрацептивное действие не может быть остановлено. Этими препаратами можно будет пользоваться через 5 лет.

Поступают в продажу внутриматочные контрацептивы, содержащие прогестины, действие которых продолжается до 5 лет.

Совершенствуются методы посткоитальной (неотложной) контрацепции. Проводится изучение эффективности мифегина (мифепрестона, RU-486), который можно вводить в течение первых 5 недель после незащищенного полового акта.

Уделяется много внимание и мужской контрацепции. Разрабатываются гормональные методы, которые приведут к нарушению метаболизма созревания и продукции сперматозоидов: комбинированные андроген-прогестиновые препараты в виде инъекций или имплантов, действие которых продолжается в течение 3 месяцев. Предполагается их поступление на рынок в течение 10 лет.

Изучаются также негормональные средства в виде инъекций, которые действуют непосредственно на яички и также препятствуют созреванию и продукции сперматозоидов. Такие препараты появятся на рынке не ранее чем через 20 лет.

Совершенствуются и уже применяются в Китае методики бескровного блокирования семявыносящего протока с помощью полимерных “пломб”.

Новый подход - иммуоконтрацепция. Иммуоконтрацептивы это вакцины регулирующие детородность мужчин и женщин. Действие основано на стимуляции продукции антител, которые нарушают функционирование белков, задействованных в процессах репродукции. Некоторые иммуоконтрацептивы уже проходят клинические испытания, ими можно будет воспользоваться в течение ближайших 20 лет.

## **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Акопян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г. Состояние здоровья и смертность детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России (монография). М., 1999. – 168 с.
2. Блюментал П., Макинтош Н. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции. 1996-1998.
3. Гормональная контрацепция. Под редакцией Рональда Л. Кляйтмана. МФПС., 1990. – 94 с.
4. Журавлев Ю.В., Дородейко В.Г., Супрун Л.Я. Внутриматочная контрацепция. Витебск. – 1997. – 110 с.
5. Кулаков В.И. Медико-социальные и организационные аспекты планирования семьи в России // Ж. Планирование семьи в Европе, № 2, С. 15-18.
6. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Гудкова М.А. Контрацепция после аборта // Ж. Акуш.и гин. 1996, № 6, С. 6-7.
7. Кулаков В.И., Голубев В.А. Роль новых медицинских технологий в акушерстве, гинекологии и перинатологии // Ж. Акуш.и гин. 1999, № 2, С. 3-7.
8. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства. – М, 1993. – 200 с.
9. Махова М.В. Контрацепция. Как избежать беременности. М.: Астрель. – 1996. – 144 с.
10. Прилепская В.Н., Фролова О.Г., Яглов В.В. Проблемы контрацепции после родов, возможности и особенности применения внутриматочных средств // Ж. Акуш.и гин. 1998, № 6, С. 6-10.
11. Прилепская В.Н., Яглов В.В. Принципы применения барьерных методов контрацепции у женщин после родов // Ж. Акуш.и гин. 1999, № 1, С. 49-52.
12. Роберт А. Хетчел, Дебора Ковал, Фелисия Гест и соавт. Руководство по контрацепции. – 1994. – 504 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ:

1. ВВЕДЕНИЕ.....	3
2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ТЕЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.....	4
3. КРИТЕРИИ ВЫБОРА КОНТРАЦЕПТИВА.....	8
4. ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ.....	9
5. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ.....	17
6. ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ.....	25
7. МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМΕНОРЕИ.....	27
8. ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ.....	29
8.1 Ритмический метод.....	29
8.2 Барьерные методы.....	31
8.3 Прерванное половое сношение.....	36
9. МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ.....	37
9.1 Контрацепция у молодых нерожавших женщин.....	37
9.2 Контрацепция после родов.....	39
9.3 Контрацепция после аборта.....	41
9.4 Предупреждение беременности у женщин старше 35 лет.....	42
9.5 Неотложная контрацепция.....	43
10. БУДУЩЕЕ КОНТРАЦЕПЦИИ.....	44
10. ЛИТЕРАТУРА.....	45

Библиотека ВГМУ



705р.

Учебное издание  
**Харленок Валентина Ивановна, Занько Сергей Николаевич**  
**ОСНОВЫ КОНТРАЦЕПЦИИ**  
Учебное пособие

Редактор Ю.Н. Деркач  
Технический редактор И.А. Борисов

Подписано в печать 30.05.03 Формат бумаги 64х84 1/16  
Бумага типографская №2. Гарнитура Times Усл. печ. листов 2.79  
Уч.-изд. л. 2.29 Тираж 500 экз. Заказ № 1760  
Налоговая льгота – Общегосударственный классификатор  
Республики Беларусь ОКРБ 007-98, ч.1.; 22.11.20.600  
Витебский государственный медицинский университет  
Лицензия ЛВ № 91 от 22.12.97.  
210602, Витебск, Фрунзе, 27

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном  
медицинском университете.  
Лицензия ЛП № 326 от 05.01.99.  
210602, Витебск, Фрунзе, 27  
Тел. (8-0212) 246256  
Переплет изготовлен в РИПЦ ВГМУ